

Entsolidarisierung von Führungsverhalten und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit

Stummer, Harald

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Rainer Hampp Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Stummer, H. (2007). Entsolidarisierung von Führungsverhalten und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit. *Industrielle Beziehungen : Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management*, 14(3), 270-278. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-343677>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Entsolidarisierung von Führungsverhalten und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit**

Zusammenfassung – In Heft 3/2005 von ‚Industrielle Beziehungen‘ diskutieren Auer-Rizzi et al. (2005) Symptome der Entsolidarisierung von Governance-Strukturen und Führungsverhalten in Deutschland und Österreich. Neben den dort vermuteten Entwicklungen, wie Abnahme der Partizipation, Abnahme der Identifikation etc., zeigt ihre Diskussion eine verblüffende Ähnlichkeit mit gesundheitswissenschaftlichen Langzeitstudien, etwa mit der so genannten Roseto Story. Im folgenden Beitrag wird die mögliche Beziehung zwischen entsolidarisierten Machtstrukturen und der Gesundheit untersucht. Obwohl immer mehr Unternehmen in Gesundheitsmanagementsysteme investieren, ist ein sich verschlechternder Gesundheitszustand zu erwarten, insbesondere dann, wenn sich die Entwicklung in Richtung Egoismus, autokratischem Führungsverhalten und abnehmender sozialer Kompetenz der Führungskräfte fortsetzt.

The Decline of Leadership Solidarity Behavior: Some Thoughts Deriving from Health Studies

Abstract – Auer-Rizzi et al. (2005) outline a decrease in the solidarity of governance structures and leadership behavior in Germany and Austria. An Americanization of values appears to be taking place, „both in the national/systems level and at corporate level” (Auer-Rizzi et al. 2005: 231). Beneath the anticipated decline in participation, identification, etc., their results reveal a remarkable similarity with epidemiological health studies, especially the so-called Roseto Story. The present article conceptually investigates the possible relationship between de-solidarized governance structures and health. Although more and more companies are investing in health promotion programs for their employees, a weakened health status can be expected; especially if the trend towards egoism, autocratic leadership behavior and declining social competence regarding governance systems continues.

Key words: Leadership Behaviour, Societal Change, Health, Social Support, Austria, Germany, Roseto Pennsylvania

* Dr. Harald Stummer, Jg. 1970, Assistenzprofessor, private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsmanagement, Strategie, Werte. UMIT, Eduard Wallnöfer-Zentrum 1, A – 6060 Hall in Tirol, Österreich. E-mail: harald.stummer@jku.at.

Der Autor dankt Werner Auer-Rizzi, Franz Dachs, Iris Fischlmayr, Alexandra Kaar, Kurt Matzler, Erna Szabo wie auch den drei anonymen GutachterInnen für die vielfältigen hilfreichen Anmerkungen.

** Artikel eingegangen: 14.12.2006
revidierte Fassung akzeptiert nach doppelt-blindem Begutachtungsverfahren: 14.7.2007.

1. Die Roseto Story

Roseto in Pennsylvania erlangte Berühmtheit auf Grund einer gesundheitlichen Abnormität der BewohnerInnen, insbesondere bei Sterbefällen wegen Herzinfarkten: „We found out that the death rate from myocardial infarction in Roseto was less than the half of each of the neighbouring towns, where death rates approximated the national figures“ (Bruhn/Stewart 1979: 23). In siebenjähriger intensiver Ursachenforschung, in der 86% der Bevölkerung mindestens ein Mal interviewt wurden, eliminieren die Autoren einen möglichen Verzerrungsfaktor nach dem anderen: Roseto hatte das selbe Trinkwasser, den selben Arzt und das selbe Krankenhaus wie ein Nachbarort, die Bevölkerung (größtenteils italienische EinwanderInnen) war hinsichtlich der Abstammung anderen Gemeinschaften sehr ähnlich; auch das Ernährungsverhalten schien vergleichbar zu sein: „Rosetan's longevity defied medical logic because they smoked and drank as much as other Americans, experienced as much stress, exercised as infrequently, and fueled themselves on a high-fat diet that seemed ready-made not for long life but an early exit“ (Harris 1997: 62).

Auch weitere Krankheiten wie Magengeschwüre und Senile Demenz zeigten sich in einer tiefer gehenden Analyse als unterdurchschnittlich häufig, was auf Grund des eben erwähnten übersteigerten Fettgehaltes in der Nahrung nicht zu erwarten war (Greenberg 1978).

Der einzige übrig bleibende Faktor war eine eigene Kultur: Die Rollen waren klar, ältere Personen wurden geehrt, wenn es Probleme gab, half man sich finanziell und mental, sei es in der Familie, aber auch in der gesamten Gemeinschaft. Zwar war Erfolg durchaus wichtig, nicht weniger aber das Engagement von erfolgreichen Menschen in Wohlfahrtsorganisationen. Statussymbole wurden kaum verwendet, Status wurde auch nur anerkannt, wenn ebenfalls hart für die Gemeinschaft gearbeitet wurde; alles in allem eine „buoyant, fun-loving community“, in der „everyone trusts everyone else“ (Bruhn/Stewart 1979: 40f), mit einer als eher europäisch kategorisierten Kultur.

Zusammenfassend wurde der berühmt gewordene Roseto Effect dann in vielerlei soziologischen und medizinischen Zeitschriften als „evidence for the positive effects of social cohesion and social support on longevity“ (Egolf et al. 1992: 1089) zitiert.

Das interessante und wissenschaftlich herausragende ist die Korrelation in der anderen Richtung: Roseto entwickelte sich ab Mitte der 1960iger Jahre zu einer normalen Kleinstadt mit einer Amerikanisierung von Werten: Status wurde wichtiger, das Engagement in sozialen Organisationen nahm ab, die klassische soziale Ordnung zerbrach, gerade Frauen kümmerten sich aktiv um eine so genannte ideale Figur, das Heitere wich einer individualisierten Unstetigkeit et cetera. Innerhalb von nicht einmal 15 Jahren änderte sich laut Bruhn/Stewart (1979) der wesentliche Teil der Kultur in Roseto, und die Herzinfarkte erreichten nationales Niveau, nachdem sie – so lange es Aufzeichnungen gibt – über mehrere Dekaden hinweg außergewöhnlich niedrig gewesen waren. Der soziale Zusammenhang zwischen Herzinfarkten und regionaler Kultur scheint evident zu sein – wobei von den über Roseto publizierenden Medizinforschenden nicht Individualismus und Ehrgeiz an sich abgelehnt werden. Ein Interview mit Dr. Wolf, dem Leiter des für Roseto zuständigen Spitals, bringt es auf den Punkt:

„American society emphasizes ‘standing on one’s own feet’ and ‘being independent’ ... We just went too far with it“ (zitiert nach: Greenberg 1978: 380).

2. Symptome einer ähnlichen Entwicklung in Führungsstrukturen und -kultur

Lange Zeit galt die Führungskultur in vielen untersuchten Ländern als relativ stabil. Auch wenn die Literatur allgemein Wertewandel prognostizierte (z.B. Rockeach 1973; Klages 1992; Zulehner/Polak 2001), zeigten sich in Langzeituntersuchungen an der Universität Linz mit weiteren PartnerforscherInnen eine erstaunliche Stabilität – oder wie Reber/Jago (1997) es betonten: „Festgemauert in der Erde ...“ (Reber/Jago 1997: 158). Im Detail wurde bei den genannten Studien an Hand des normativen Vroom/Yetton-Modells (Vroom/Yetton 1973; Vroom/Jago 1988) eine Datenbank über Entscheidungsstrategien von ManagerInnen über 30 standardisierte Kurzfallstudien angelegt und seit 1985 laufend ergänzt. Dabei wurden unter anderem Untersuchungen über Akzeptanz- und Qualitätsregelverletzungen im Vroom/Yetton-Modell untrainierter Führungskräfte erfasst (Reber et al. 1993; Reber et al. 2000; Reber et al. 2004a; Auer-Rizzi et al.). Hinsichtlich der Systempartizipation im Sinne von Luhmanns (2000) Systemvertrauen gab es dabei in Deutschland wie auch in Österreich immer äußerst hohe Werte (Reber et al. 2004b).

Seit der Millenniumswende betonen Auer-Rizzi et al. (2005) allerdings eine Entsolidarisierung von Führungshandeln. So „...zeigen [Führungskräfte] die Tendenz zu einem wachsenden autoritären Verhalten, geringerer Berücksichtigung von individuellen Interessen, wenn diese im Gegensatz zu Betriebszielen stehen, Einsatz von zeiteffizienten Führungspraktiken und besonders eine Abnahme der Sozialkompetenz im Sinne der Verletzung von Akzeptanzregeln“ (Auer-Rizzi et al. 2005: 244).

Auer-Rizzi et al. (2005) befürchten bzw. vermuten, dass es durch die genannte „... Entsolidarisierung, zumindest in Ansätzen ... durchaus denkbar [sei], dass trotz gesetzlicher und institutioneller Verankerung der Systempartizipation, in Form partizipativer Governance-Strukturen und Mitbestimmungsrechte durch Betriebsräte eine Aushöhlung des Systems stattfinden kann“ (Auer-Rizzi et al. 2005: 244f).

Diese Befürchtung zeigt sich vor allem in der Mitbestimmungsdebatte in Deutschland, während in Österreich die Auseinandersetzung etwas ruhiger verläuft. Höpner (2005) analysiert die aktuelle Mitbestimmungsdiskussion in Deutschland und wundert sich ob der empirischen Ergebnisse über die Forderung nach Beschneidung der Mitbestimmung, da sie an sich positive ökonomische Effekte bringt. Nichtsdestotrotz zeigt sich in der Debatte eine heftige Auseinandersetzung um die Systemmitbestimmung mit dem Ziel, sie abzuschaffen oder zumindest einzuschränken. Die Befürchtung bei den Entwicklungen besteht darin, dass das so genannte Sozialkapital einer Gesellschaft abnimmt.

Die Ergebnisse von Auer-Rizzi et al. (2005) legen nun ein mögliches Szenario einer Amerikanisierung nahe, wie sie Putnam (2000) bzw. aus einem anderen Blickwinkel Sennett (2005) beschreiben: Abnahme von Loyalität, Abnahme von Engagement und Verlust von Systemvertrauen, verkürzt ausgedrückt mit einer Änderung der Systempartizipation hin zu mehr Egoismus wie schon im Beispiel von Roseto, Pennsylvania.

Die von Auer-Rizzi et al. (2005) angenommenen gesellschaftlichen Auswirkungen können aus dem Datensatz jedoch lediglich vermutet werden; nachgewiesen ist an Hand der Entscheidungsstrategien von ManagerInnen lediglich ein signifikantes Ansteigen an Verletzungen betrieblicher Akzeptanzregeln, wodurch sich vermutlich die Balance zwischen Einsatz und Ergebnis für die MitarbeiterInnen für sie ins Negative drehen und die wahrgenommene soziale Unterstützung am Arbeitsplatz abnehmen wird (s. Kapitel 5).

3. Soziale Unterstützung, Gratifikationskrisen und Gesundheit

Schon Durkheim (1897) versuchte in seiner Arbeit über den Selbstmord die schützende Wirkung von sozialer Unterstützung nachzuweisen. Studien über Gesundheit und ‚social support‘ häuften sich ab Mitte der 1970-er und zu Beginn der 1980-er Jahre. Ausgehend von einigen Langzeitstudien – wie etwa der in der Einleitung kurz beschriebenen Roseto Story (Bruhn/Stewart 1979), einer Vorlesung von Cassel (1976) sowie wie der Vorlesung von Cobb (1976) bei der Psychosomatic Society (House et al. 1988) – wurde gerade in der Epidemiologie, in der Sozialpsychologie und der Medizinischen Soziologie der Begriff der sozialen Unterstützung als eine der zentralen Interventionsvariablen zur Erreichung von Gesundheit herausgestellt. Einzelnen Studien und Postulaten kann Theorielosigkeit und Naivität vorgeworfen werden (Vaux/Harrison 1985), was eine systematische Auswertung und einen Vergleich der Forschungsergebnisse kaum zulässt. Die erste nennenswerte Synthese stammt von House et al. (1988), der in der Literatur eine Begriffsverwirrung von sozialer Unterstützung mit sozialen Netzwerken und sozialer Integration erkennt, wie sie auch von aktuelleren Reviews (z.B. Röhrle 1994; Uchino et al. 1996; Jungbauer-Gans 2002) kritisiert wird.

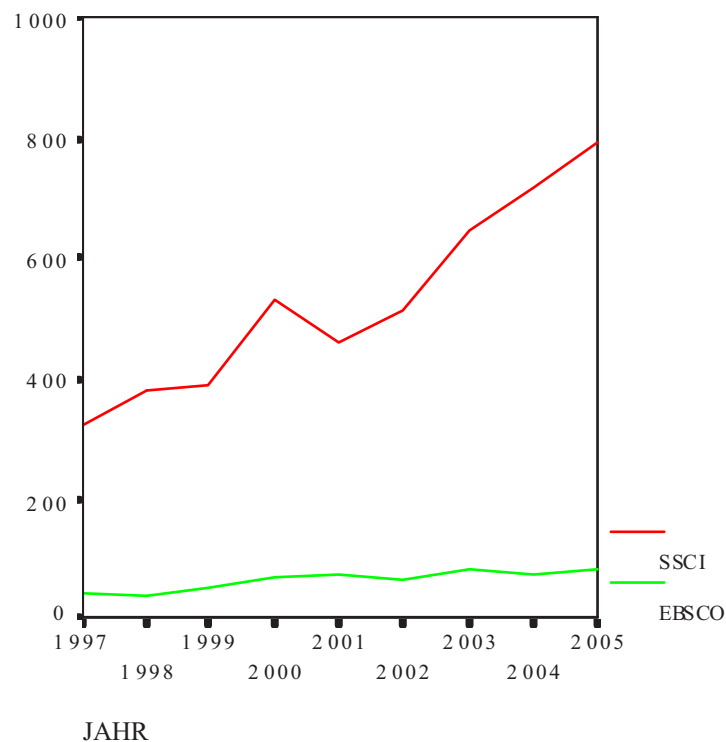
3.1 Konzeptionen von sozialer Unterstützung

Cohen/Syme (1985: 4) liefern eine der allgemeinsten Definitionen von sozialer Unterstützung als „the resources provided by other persons“, was einerseits auf den interaktiven und Ressourcencharakter hinweist, andererseits allerdings wenig Einschränkungen liefert. In Klassifizierungen werden meist zwischen zwei und vier Dimensionen herausgearbeitet (Röhrle 1994; Jungbauer-Gans 2002; Ksienzyk 2006). So unterteilt etwa Laireiter (1993) in eine (a) instrumentelle und (b) emotionale Hilfe, während Jung (1997) beispielsweise in (a) praktische, (b) informationale, (c) emotionale und (d) beratende Unterstützung differenziert. Siegrist (1986) übersetzt ‚social support‘ mit ‚sozialer Rückhalt‘, um der Vielschichtigkeit des Phänomens Rechnung zu tragen. Als Übersichten seien an dieser Stelle House et al. (1988), Röhrle (1994), Cohen et al. (2000) Jungbauer-Gans (2002) und Ksienzyk (2006) erwähnt, die die Unterteilungen klassifizierend aufarbeiten. Für den Zweck der vorliegenden Forschungsnotiz genügt eine allgemeine Definition, wie etwa von Jungbauer-Gans (2002: 117), die unter sozialer Unterstützung „soziale Austauschprozesse zwischen Individuen ..., in denen vielfältige materielle oder ideelle Güter transferiert werden, ohne dass dafür eine unmittelbare, marktübliche Gegenleistung erfolgt“ versteht.

3.2 Wissenschaftliche Rezeption von sozialer Unterstützung

Eine Literaturanalyse von peer-reviewed Journals von sozialer Unterstützung ergibt im Social Science Citation Index (SSCI) für die Jahre 1997 bis 2005 5.399 Artikel mit dem Schlagwort ‚social support‘, wobei sich eine signifikant ansteigende Tendenz zeigt. Im Bereich der Betriebswirtschaftslehre konnten mit der Datenbank Business Source Premier (EBSCO-Host) im selben Zeitraum 593 Artikel identifiziert werden. Der Trend ist leicht, statistisch jedoch nicht signifikant steigend, und mit einem zu großen Fehlerintervall ausgestattet, um eine Trendextrapolation durchzuführen. Tabelle 1 zeigt die Häufigkeit für die einzelnen Jahre.

Tab. 1: Anzahl der Artikel mit Schlagwort ‚social support‘ in zwei ausgewählten Datenbanken



Eine weitere Unterteilung der betriebswirtschaftlichen Literatur zu sozialer Unterstützung zeigt, dass sich von den 593 Artikeln 49 mit Stress, 36 mit dem Arbeitsumfeld allgemein, 30 mit Arbeitszufriedenheit, 24 mit Wohlbefinden und lediglich jeweils 12, folglich in der Managementliteratur eher vernachlässigt, mit der Selbstwirksamkeit und dem so genannten Demand-Control-Modell beschäftigen, auf das in Folge im Speziellen eingegangen wird.

3.3 Soziale Unterstützung im Demand-Control-Modell

Das Demand-Control-Modell von Karasek (1979), erweitert von Karasek/Theorell (1990), klassifiziert die Erwerbsarbeit in zwei Dimensionen, (1) die psychische und physische Belastung und (2) die wahrgenommenen Entscheidungsspielräume. Arbeitsplätze mit hohen Belastungen und niedrigem Entscheidungsspielraum, insbesondere bei hohem Zeitdruck, werden als so genannte ‚high strain jobs‘ bezeichnet und gelten als pathogen. Forschungsergebnisse dazu zeigen zwar eine tendenzielle Evidenz für diese Annahme, sie sind jedoch nicht konsistent (Ulich/Wülser 2004; Ksienzyk 2006). Das Modell wurde Mitte der 1990iger Jahre um die Dimension sozialer Unterstützung erweitert, wobei gezeigt werden konnte, dass ‚high strain jobs‘ vor allem dann pathogen wirken, wenn adäquate soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegInnen nicht geleistet wird (Ksienzyk 2006), was sich einerseits mit dem so genannten Puffer-, andererseits mit dem Direkteffekt von sozialer Unterstützung erklären lässt. Der Puffereffekt vermindert negative Einflüsse im Sinne von Coping-Ressourcen (Lazarus/Folkman 1984), der Direkteffekt spielt als generelle Beziehungsressource (House et al. 1988) im Sinne eines Einflussfaktors auf den Kohärenzsinn (Antonovsky 1979) eine Rolle.

3.4 Berufliche Gratifikationskrisen

Ergänzend zum von Siegrist/Dragano (2006) als Black Box-Modell bezeichneten Demand-Control Konzept entwickelten Siegrist et al. (2004) das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen. Dabei werden die wahrgenommenen Leistungen und Belohnungen gegeneinander aufgerechnet und wie in der Anreiz-Beitrags-Theorie (March/Simon 1958) gegenüber gestellt. Wenn nun die betrieblichen Gegenleistungen abnehmen und aufgrund des Drucks bei der Arbeit die Leistungen gleich bleiben oder gesteigert werden müssen, stellt sich ein Ungleichgewicht ein, das zu ausgeprägten Stressreaktionen mit einhergehenden negativen gesundheitlichen Folgen führt. Empirische Ergebnisse, die in einer Metaanalyse in Siegrist/Dragano (2006) ersichtlich sind, zeigen vor allem Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden, koronare Erkrankungen bis zum Infarkt und das individuelle Suchtverhalten, wobei mit Ausnahme einer Studie Männer immer stärkere negative gesundheitliche Reaktionen aufweisen als Frauen, was vermutlich durch die gesellschaftlich stärkere Bedeutung der Erwerbsarbeit für Männer und die tendenziell größeren privaten Netzwerke von Frauen gemutmaßt werden kann (Baric 1994).

4. Entsolidarisierung, soziale Unterstützung, Gratifikationskrisen und Gesundheit

Auer-Rizzi et al. (2005) sprechen nun, wie in Kapitel 2 dargestellt, von einer Zunahme zeiteffizienteren, nicht-partizipativen Führungsstils in Deutschland und Österreich seit der Millenniumswende einhergehend mit einer Zunahme vermehrten Personal- und Hierarchiestufenabbaus, was sich ihrer Ansicht nach insbesondere für operative Führungskräfte oft als beängstigend herausstellt. Vom Standpunkt des Demand-Control-Support Modells (Karasek/Theorell 1990; Ksienzyk 2006) nehmen dadurch tendenziell die Belastungen zu, die Entscheidungsspielräume werden kleiner und die soziale Unterstützung wird weniger. Wenn man dem Modell folgt, sollten nun die Morbidi-

täts- und Mortalitätsraten über kurz oder lang steigen. Ähnliches zeigt sich beim Modell der beruflichen Gratifikationskrisen: Weniger betrieblichen Gegenleistungen im Sinne von Anerkennung und Partizipation stehen erhöhte Anforderungen gegenüber. Siegrist et al. (2004) würden damit ebenfalls ein Steigen der Krankheitsraten erwarten. Neben den bereits erwähnten empirischen Ergebnissen des Demand-Control-Modells (Ksienzyk 2006) und des Modells der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist/ Dragano 2006) zeigt sich Evidenz für die aufgestellten Behauptungen aus den vorläufigen Ergebnissen eines laufenden Forschungsprojektes „Nutzen und Kosten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ der Universität Bielefeld unter Leitung von Bernhard Badura und Wolfgang Greiner. Dabei werden innerbetriebliche Einflussfaktoren und Wirkungszusammenhänge zwischen Führung, Sozialkapital, Qualität, Gesundheit, Krankheit sowie allgemeinen Finanz- und Erfolgskennzahlen gemessen. Badura (2007) weist in einer ersten Präsentation der Zwischenergebnisse auf hoch signifikante direkte und indirekte Ergebnisse zwischen Führung, sozialen Beziehungen und Werten auf der einen Seite und Arbeitsbedingungen, Qualität der Arbeit und Krankheit als abhängige Variable hin.

5. Resümierende Diskussion

Die Erkenntnisse aus den Gesundheitswissenschaften und der Individual- und Organisationspsychologie legen die Schlussfolgerung nahe, wie Sennett (2005) sie zusammenfasst: „In Firmen mit geringem Sozialkapital wird *Druck* zu einer eigenständigen, abstumpfenden Erfahrung. Beschäftigte, die unter solchen Bedingungen Druck erleben, haben ein deutlich höheres Risiko, dem Alkohol zu verfallen, in ihrer Ehe zu scheitern oder krank zu werden als Menschen, die mehr als zehn Stunden am Tag in einem Unternehmen mit hoher Loyalität arbeiten“ (Sennett 2005: 54f., Hervorhebung im Original), wobei er den Begriff Sozialkapital sehr allgemein verwendet und die Dimensionen sozialer Unterstützung darin enthalten sind.

Gründe dafür sind die Wirkungen von sozialer Unterstützung im weitesten Sinn, Führung und personalen Eigenschaften auf das individuelle Wohlbefinden. Wie die Roseto Story zeigt, ist dieses Ergebnis nicht neu, bloß scheint Gesundheit als strategisches Gut immer wieder vergessen oder verdrängt zu werden.

Aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, stellt soziale Unterstützung einen wesentlichen Faktor zum Erreichen des Ziels Gesundheit dar. Die vermutete Entsolidarisierung, Beschleunigung und Zunahme autokratischeren Führungsverhaltens könnte durchaus verbunden mit dem aktuellen Druck auf dem Arbeitsmarkt gerade in Deutschland, aber auch in Österreich zu einer Systemveränderung von Partizipation zu Angst vor Arbeitsplatzverlust u.v.a.m. bei den MitarbeiterInnen führen (Geißler et al. 2003; Ferrie 2006).

Dabei kann es zu einem Phänomen kommen, das ‚presenteeism‘ (Hemp 2004) genannt wird. MitarbeiterInnen, obwohl krank – sei es psychisch oder physisch – gehen zur Arbeit und chronifizieren damit ihre Krankheiten. Langfristig kann dies zu Burn-Out, innerer Kündigung (Lauck 2005) und vor allem andauernder Arbeitsunfähigkeit führen. Die personalen und sozialen Folgen außerhalb des Arbeitsbereiches sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Sollten nun Auer-Rizzi et al. (2005) mit ihrer Analyse einen lang anhaltenden Trend erkannt haben, dürfte sich der Anteil chronischer Erkrankungen wegen psychosomatischer, vom Arbeitsplatz beeinflusster Ursachen weiter erhöhen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht bleibt fast nur zu hoffen, dass die KritikerInnen der aktuellen Entsolidarisierungsliteratur (aktuell etwa Helmbrecht 2005) Recht behalten und es sich nur um eine Änderung, nicht aber um Erosion der Sozialstrukturen handelt.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco.
- Auer-Rizzi, W./Reber, G./Szabo, E. (2005): Governance-Strukturen und Führungsverhalten: Symptome von Entsolidarisierung in Österreich und Deutschland. *Industrielle Beziehungen*, 12, 3: 231-251.
- Badura, B. (2007): Sozialkapital und Gesundheit. Präsentation an der Johannes Kepler Universität Linz, 1. Februar.
- Baric, L. (1994): Health Promotion and Health Education in Practice- The Organisational Model. Altrincham, Cheshire.
- Bruhn, J. G./Stewart, W. (1979): The Roseto Story. An Anatomy of Health. Norman.
- Cassels, J. (1976): The Contribution of Social Environment to Host Resistance. In: *American Journal of Epidemiology*, 102, 2: 107-122.
- Cobb, S. (1976): Social support as moderator of life stress. In: *Psychosomatic Medicine*, 38, 5: 300-314.
- Cohen, S./Syme, L. (1985): Social Support and Health. Orlando.
- Cohen, S./Underwood, L.G./Gottlieb, B.H. (2000) (Hrsg.): Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists. Oxford.
- Egolf, B./Lasker, J./Stewart, W./Potvin, L. (1992): The Roseto Effect: A 50-Year Comparison of Mortality Rates. In: *American Journal of Public Health*, 82, 8: 1089-1092.
- Ferrie, J.E. (2006): Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin und Heidelberg: 93-123.
- Geißler, H./Bökenheide, T./Geißler-Gruber, B./Schlünkes, H./Rinninsland, G. (2003): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Frankfurt/Main.
- Greenberg, J. (1978): The Americanization of Roseto. In: *Science News*, 113, 23: 378-380.
- Harris, M. (1997): The ties that bind are the ties that heal. In: *Vegetarian Times*, 240: 62-67.
- Helmbrecht, M. (2005): Erosion des "Sozialkapitals"? Eine kritische Diskussion der Thesen Robert D. Putnams. Bielefeld.
- Hemp, P. (2004): Presenteeism: At Work - But out of it. In: *Harvard Business Review*, October: 49-58.
- Höpner, M. (2005): Unternehmensmitbestimmung unter Beschuss. Die Mitbestimmungsdebatte im Licht der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: *Industrielle Beziehungen*, 11, 4: 347-379.
- House, J.S./Umberson, D./Landis, K.R. (1988): Structures and Processes of Social Support. In: *Annual Review of Sociology*, 14: 293-318.
- Jung, J. (1997): Balance and source of social support in relation to well-being. In: *Journal of General Psychology*, 124, 1: 77-90.
- Jungbauer-Gans, M. (2002): Ungleichheit, Soziale Beziehungen und Gesundheit. Wiesbaden.
- Klages, H. (1992): Die gegenwärtige Situation der Wert- und Wertwandelforschung - Probleme und Perspektiven. in: Klages, H./Hippler, H.-J./Herbert, W. (1992) (Hrsg.): Werte und Wandel. Ergebnisse und Methoden einer Forschungstradition. Frankfurt/Main: 5-39.
- Karasek, R.A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 2, 285-308.
- Karasek, R.A./Theorell, T. (1990): Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of work life. New York.

- Ksienzyk, B. (2006): Sozial unterstützendes Verhalten im Arbeitskontext. Dissertation, Universität Potsdam.
- Laireiter, A. (1993) (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Bern.
- Lauck, G. (2005): Zur Messung der Inneren Kündigung. Ein Vorschlag zur Operationalisierung mit Bezügen zur angloamerikanischen Personalforschung. In: Zeitschrift für Personalforschung, 19, 2: 139-158.
- Lazarus, R.S./Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and the Coping Process. New York.
- Luhmann, N. (2000): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart.
- March, J.G./Simon, H.A. (1958): Organizations. New York.
- Putnam, R. D. (2000): Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York.
- Reber, G./Auer-Rizzi, W./Maly, M. (2004a): The behavior of managers in Austria and the Czech Republic: An intercultural comparison based on the Vroom/Yetton Model of leadership and decision making. In: Journal for East European Management Studies, 9, 4: 411-429.
- Reber, G./Auer-Rizzi, W./Szabo, E. (2004b): Bricht eine "soziale Eiszeit" im Führungsverhalten deutscher und österreichischer Manager an? In: Wildemann, H. (Hrsg): Personal und Organisation. München: 629-656.
- Reber, G./Jago, A. G. (1997): Festgemauert in der Erde ... Eine Studie zur Veränderung oder Stabilität des Führungsverhaltens von Managern in Deutschland, Frankreich, Österreich, Polen, Tschechien und der Schweiz zwischen 1989 und 1996. In: Klimecki, R./Remer, A. (Hrsg): Personal als Strategie. Neuwied: 158-184.
- Reber, G./Jago, A. G./Auer-Rizzi, W./Szabo, E. (2000): Führungsstile in sieben Ländern Europas - ein interkultureller Vergleich. In: Regnet, E./Hofmann, L. M. (2000) (Hrsg): Personalmanagement in Europa. Göttingen: 154-173.
- Reber, G./Jago, A. G./Böhnisch, W. (1993): Interkulturelle Unterschiede im Führungsverhalten. In: Haller, M./Bleicher, K./Brauchlin, E./Pleitner, H.-J./Wunderer, R./Zünd, A. (Hrsg): Globalisierung der Wirtschaft: Einwirkungen auf die Betriebswirtschaftslehre. Bern: 217-241.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim.
- Rokeach, M. (1973): The nature of human values. New York.
- Sennett, R. (2005): Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin.
- Siegrist, J./Dragano, N. (2006): Berufliche Belastungen und Gesundheit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, 109-124.
- Siegrist, J./Starke, D./Chandola, T./Godin, I./Marmot, M./Niederhammer, I./Peter, R. (2004): The Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work: European Comparisons. In: Social Science and Medicine, 58, 8: 1483-1499.
- Siegrist, K. (1986): Sozialer Rückhalt und kardiovaskuläres Risiko. Ein medizinsoziologischer Beitrag zum Verständnis menschlicher Adaption. München.
- Uchino, B.N./Cacioppo, J.T./Kiecolt-Glaser, J.K. (1996): The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. In: Psychological Bulletin, 119, 3: 488-531.
- Ulich, E./Wülser, M. (2004): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Grundlagen, 2. Aufl. Wiesbaden.
- Vaux, A./Harrison, D. (1985): Support Network Characteristics Associated with Support Satisfaction and Perceived Support. In: American Journal of Community Psychology, 13, 3: 245-268.
- Vroom, V. H./Jago, A. G. (1998): The New Leadership. Englewood Cliffs CA.
- Vroom, V. H./Yetton, P. W. (1973): Leadership and Decision Making. Pittsburgh.
- Zulehner, P. M./Polak, R. (2001): Lieben und Arbeiten. in: Denz, H./Friesl, C./Polak, R./Zuba, R./Zulehner, P. M. (2001) (Hrsg): Die Konfliktgesellschaft. Wertewandel in Österreich 1990-2000. Wien: 43-97.